

Министерство Здравоохранения Республики Казахстан  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
УРОЛОГИИ

На правах рукописи УДК: 616.65-002.2-085.83-

036.8

АБДЫКАЛЫКОВ Мурадил Барыктабасович

РОЛЬ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

(ИМ-М.-Урологи)

А в т о р е ф е р а т диссертации на соискание  
ученой степени кандидата медицинских наук

АЛМАТЫ 1996

3

выполнена в Кыргызском Государственном медицинском институте.

Научный руководитель:

Заслуженный врач Кыргызской Республики  
доктор медицинских наук, профессор " М.Т. Тыналиев

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор А.Ю. Свидлер  
Кандидат медицинских наук К.М. Бишманов

Ведущая организация Семипалатинский медицинский институт

Защита состоится " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 1996 г.

" ----- часов на заседании Специализированного совета Д 09.13.01 в  
Научно-исследовательском институте урологии Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан (480060, г. Алматы, ул. Басенова,2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-исследовательского  
института урологии Минздрава Республики Казахстан

Автореферат разослан " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 1996 г.

Ученый секретарь

Специализированного совета  
кандидат медицинских наук, доцент СМ. Кусымжанов  
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Хронический простатит (ХП) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний. По данным различных авторов, хроническим простатитом страдает от 20% до 80% мужчин (Кан Д.В., 1984; Ильин И.И. и соавт., 1993). При этом около 80% от общего числа заболевших приходится на возраст от 20 до 50 лет, в том числе 40% - до 30 лет (Васильев М.М. и соавт., 1991).

ХП — является длительно текущим заболеванием с частыми обострениями воспалительного характера. Развивающийся, воспалительный процесс в предстательной железе (ПЖ) вызывает симптомы местного и общего характера: расстройства мочеиспускания, сексуальные и нервные нарушения, ведущие к потере трудоспособности больных. Особую социальную и медицинскую значимость заболевание приобретает в связи с тем, что ХП может обусловить бесплодие, связанное с нарушением репродуктивной функции

(Каплун М.И. и соавт., 1976; Кан Д.В., 1984; Джарбусынов Б.У., 1991). Больные в течение многих лет обращаются за врачебной помощью, а лечение не всегда оказывается эффективным. Воспалительный процесс в ПЖ в большинстве случаев развивается в результате воздействия различной микрофлоры, проникающей из уретры или заносимой гематогенным или лимфогенным путями (Ильин И.И., 1991). Однако, в развитии ХП микробный фактор играет значительную роль только в начальной стадии заболевания, тогда как в последующем роль инфекции снижается, а ведущее место в патогенезе занимают застой и распад секрета ПЖ, нейроτροφические расстройства, процессы аллергии и аутоагрессии. Именно эти факторы, как считает большинство исследователей, в поздних стадиях могут приводить к склеротическим изменениям в ПЖ.

Д.В.Кан (1980), Ю.Н.Ковалев (1982) рассматривает ХП, как инфекционно — аллергическое заболевание Развитие патологического процесса в ПЖ влечет за собой изменения в системе микроциркуляции, повышается сосудистая проницаемость, что создает возможность выхода белков сыворотки крови через поврежденную стенку капилляров в окружающие ткани и секрет простаты. При длительном течении инфекционного процесса в ПЖ может возникать сенсibilизация, влекущая за собой аллергизацию организма, как местного, так общего характера: Повреждение паренхимы железы при развитии воспалительного процесса и повышение сосудистой проницаемости приводит к тому, что в кровь начинают поступать органоспецифические белки ПЖ, на что организм отвечает образованием антител. Эти антитела могут играть не только защитную роль, но и оказывать цитотоксический эффект на клетки органа в присутствии комплемента. В результате происходит дополнительное прогрессирующее повреждение органа, и следовательно, поддержание постоянного поступления в кровь органоспецифических антигенов. У лиц с ослабленной иммунологической реактивностью, воспалительная реакция организма и, в частности, ПЖ отличается торпидным течением и трудно поддается современной лекарственной терапии. В то же время у лиц с нормальной иммунологической реактивностью воспалительный процесс в ПЖ успешнее поддается лекарственной терапии (В.Е.Родоман, 1983).

В лечении и профилактике рецидива ХП большое значение придается санаторно-курортному лечению, которое способствует улучшению микроциркуляции в организме, уменьшению воспалительных явлений в мочевом пузыре, уретре, семенных пузырьках и ПЖ. Основные лечебные средства на курортах — прием минеральных вод, минеральные ванны, лечебный душ, психофизическая гимнастика, грязелечение (апликации в виде "трусов", ректальные грязевые тампоны), массаж ПЖ ромашковые микроклизмы, инсталляции уретры растворами антисептиков, по показаниям— уроантисептики (грамурин, нитроксалин, невигамон, бисептол), тканевые, биостимуляторы (Агзамов Д.А. и соавт., 1988; Мамбеталин Е.С. и соавт., 1988; Мирошников Б.И. и соавт., 1990)

В СНГ имеется ряд курортов для лечения больных хроническим неспецифическим простатитом (Березовские минеральные воды, Белокуриха, Трускавец, Саки — Евпатория, система Кавказских минеральных вод, Старая Русса, Мала-Кара, Одесса, Пярну, Моршин, озеро Учум, Молтаево, Шаян, Яны-Курган). В настоящее время, с распадом Союза, лечение и поездки на эти курорты практически стали невозможными.

На юге Кыргызской Республики имеется прекрасный курорт Джалал-Абад, расположенный в горной местности. На этом курорте в течении многих лет ведется лечение больных с заболеваниями пищеварительного тракта, лечение и реабилитация больных с нефролитиазом. Поэтому изучение лечебного действия минеральных вод и грязевых источников курорта Джалал-Абад при хроническом неспецифическом простатите (ХНП) является актуальной задачей.

#### Цель работы.

Изучение лечебного и реабилитационного эффектов минеральных и грязевых источников курорта Джалал—Абад при ХНП.

#### Задачи исследования.

1. На основе клинических и лабораторных показателей оценить характер течения ХНП.

2. Исследовать противовоспалительное действие минеральных и грязевых источников курорта Джалал—Абад при ХНП.

3. Изучить факторы системного и местного иммунитета у больных ХНП в контроле и после лечения на курорте Джалал—Абад.

4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных ХНП на курорте Джалал—Абад и на этой основе разработать практические предложения.

#### Научная новизна.

1. Приоритетно доказан противовоспалительный эффект грязевых источников курорта при ХНП:

2. Впервые оценено действие минеральных и грязевых источников курорта Джалал—Абад для лечения и реабилитации больных ХНП.

3. Установлено, что минеральная вода и грязевые источники курорта Джалал—Абад обладают иммуностимулирующим эффектом при ХНП.

4. Доказано, что лечебные бальнеологические факторы курорта Джалал—Абад улучшает результаты лечения ХНП, снижая число рецидивов и способствуя, улучшению качества эякулята.

#### Практическая ценность работы.

Определена возможность клинического применения минеральных и грязевых источников курорта Джалал — Абад для лечения больных ХНП.

Разработаны показания и противопоказания к лечению больных ХП на курорте.

Удовлетворяя потребность больных с заболеваниями мочеполовой системы санаторно-курортном лечении по нашему предложению открыто урологическое отделение на 50 коек на курорте Джалал—Абад.

По результатам исследования составлены методические рекомендации для практических врачей.

#### Основные положения, выносимые на защиту.

1. Природные бальнеологические факторы (грязевые и минеральные источники) курорта Джалал — Абад обладают противовоспалительным действием при ХНП, в результате чего нормализуются клинико—лабораторные показатели заболевания.

2. Использование в терапевтических целях грязевых и минеральных источников курорта Джалал—Абад повышает клиническую эффективность лечения и реабилитацию больных ХНП, обуславливая восстановление копулятивной и фертильной функций.

3. Применение бальнеологических факторов курорта Джалал—Абад способствует восстановлению иммунного статуса больных ХП, повышая эффективность лечебных мероприятий.

4. Включение лечебных факторов курорта Джалал—Абад в комплексную терапевтическую схему лечения ХП способствуют улучшению ближайших и отдаленных результатов, удлинив продолжительность безрецидивного периода и стойко нормализовав качества эякулята.

#### Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены на Международной научно — практической конференции "Новое в лазерной медицине" (Бишкек, 1995), И —ой международной конференции студентов и молодых ученых (Бишкек, 1995), апробация работы состоялась на расширенном заседании проблемной комиссии НИИ урологии и кафедры урологии и оперативной нефрологии АГМИ (г. Алматы, 24 апреля 1996 г.)

#### Публикации.

По теме диссертации опубликовано 8 научных трудов, отражающих ее содержание.

#### Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 127 страницах машинописного текста: состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 160 источников, в том числе 131 работа отечественных и 29 — зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 3 рисунками.

## МАТЕРИАЛИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основу работы составляют результаты комплексного обследования 145 больных ХНП, прошедших полный курс лечения.

Обследование больных проводилось в динамике — до и после курортного лечения и в отдаленные сроки через 1,2 и 3 года. На курорте Джалал—Абад лечилось 105 больных. Возраст мужчин контрольной группы (40 человек) соответствовал таковому обследованных больных основной группы. Возраст больных и длительность заболевания со времени появления

первых признаков ХП отражена в табл. 1. Давность заболевания составляла в среднем  $7,7 \pm 1,8$  года.

Как видно из табл. 1, в возрасте до 20 лет было 13 больных, от 21 до 30 лет — 38, от 31 до 40 лет — 27, от 41 до 50 лет 16, 51 и старше — 11. Таким образом, абсолютное большинство больных были в работоспособном возрасте — от 20 до 50 лет. ХП страдали до трех лет 18 больных, от 3 до 7 лет — 48 больных, более 7 лет — 39 больных.

В соответствии с поставленными целям и задачами больные распределены на следующие группы: первая группа (контрольная) включала 40 больных с различными формами ХНП, которым проводился современный общепринятый традиционный метод лечения (антибактериальная, противовоспалительная, общеукрепляющая, витаминотерапия и лечебный массаж ПЖ.)

Вторая группа (основная) включала 105 больных с различными формами ХНП, которым наряду с вышеуказанным способом лечения проводилось лечение на курорте Джалал—Абад (грязевые и минеральные источники). Катаральная форма ХП диагностирована у 12 (30,0%) больных контрольной и у 16 (15,2%) основной группы, фолликулярная — у 17 (42,5%) больных контрольной и 49 (46,6%) основной группы, паренхиматозная — у 11 (27,5%) больных контрольной группы и у 40 (38%) основной группы.

Таким образом, количественное соотношение различных форм ХП в сравниваемых группах существенно не различалось, что свидетельствует об идентичности групп больных по тяжести заболевания. У больных обеих групп в возрасте от 20—30 лет преимущественно встречались катаральные формы, а в возрасте от 30 и выше — деструктивные формы ХП. Частота различных форм ХП в возрастном аспекте существенно не отличалась. При этом отмечается тенденция к увеличению числа больных с деструктивными формами заболевания в трудоспособном возрасте (31—40 лет), что свидетельствует о социальном значении изучаемой проблемы среди исследуемого контингента; Среди обследованных пациентов 49% с катаральной, 68% с фолликулярной и 94% больных с паренхиматозной формами ХП состоят в браке, что указывает

на возможность постоянной реинфекции через половых партнеров (А.Ю.Свидлер, 1974).

Для решения поставленных задач по изучению различных аспектов ХНП были использованы следующие методы диагностики: клинические, иммунологические, бактериологические, микроскопические, гематологические, ультразвуковые и генитография.

Клиническое обследование больных проводилось с выяснения жалоб и анамнестических данных. При этом обращалось внимание на наличие болей в области промежности, крестца и над лоном, дизурии, нарушение потенции, общего недомогания (нарушение сна, общая слабость).

Объективное исследование включало общий осмотр и пальцевое исследование ПЖ через прямую кишку. При этом обращали внимание на размеры железы, состояние ее поверхности, форму и состояние границ, чувствительность, консистенцию, сохранность центральной борозды, наличие геморроидальных узлов, трещин заднего прохода, рубцов и др. •

По характеру пальпаторных изменений в ПЖ различали катаральный (если пальпаторных изменений в железе нет или они незначительны), фолликулярный (при неравномерной консистенции железы, наличии отдельных очагов уплотнения или размягчения, мелких узлов, ригидности слизистой прямой кишки над железой). При увеличении и уплотнении всей или большей части железы, наличии грубых рубцов, уплотнений, малоподвижности слизистой над железой ставился диагноз паренхиматозной формы ХП (А.П.Цуликидзе, 1959; О.Л.Тиктинской 1984). Пальцевое исследование сочеталось с массажем ПЖ с лечебной целью.

Всем больным проводились общие клинико—лабораторные исследования крови и мочи. ■ Выполняли цитологическое исследование соскобов уретры и секрета ПЖ, микроскопию секрета ПЖ и эякулята, бактериологическое исследование первой порции мочи и секрета ПЖ, биохимическое исследование эякулята, иммунологическое исследование крови с больных ХП до и после курортного лечения.

При цитологическом исследовании учитывался характер флоры, выраженность воспалительной инфильтрации и ее клеточный состав, состояние эпителиальных клеток, на основании которых определялся характер небактериальной инфекции (хламидии, микоплазма, вирус простого герпеса), что имело значение при подборе этиопатогенетического лечения.

При микроскопии секрета ПЖ проводился подсчет количества лейкоцитов и лейкоциновых зерен. Показателем воспалительного процесса считали повышение лейкоцитов свыше 10 в поле зрения микроскопа, уменьшение количества лецитиновых зерен и наличие микрофлоры. Однако, следует отметить, что отсутствие указанных признаков не является доказательством отсутствия воспалительного процесса в ПЖ, так как в далеко зашедших стадиях развития патологии, вследствие окклюзии большей части ацинусов железы, продукты воспаления могут не определяться в секрете или обнаруживаться в значительно меньших количествах (Ю.Н.Ковалев, 1973; О.Л.Тиктинский, 1984).

При микроскопическом исследовании эякуляра обращали внимание на содержание лецитиновых зерен, клетки сперматогенеза, наличие эпителиальных клеток, количество лейкоцитов и эритроцитов. Подсчитывалось количество подвижных и неподвижных сперматозоидов, с активным и вялым движением, патологические формы и клетки сперматогенеза. Подсчет производился по формуле (С.А.Каган, 1974).

Бактериологическое исследование первой порции мочи, секрета ПЖ и эякулята до и после курортного лечения производилось по унифицированной методике, (утвержденной Приказом Минздрава СССР № 535 от 22.04.85 г.) секторального посева на агар. Степень бактериурии  $10^5$  микробных клеток в 1 мл материала свидетельствует о наличии воспалительного процесса.

О При биохимическом изучении эякулята, по унифицированной методике определялись содержание фруктозы, концентрации лимонной кислоты, содержание белка в эякуляте (Л.П.Евсеев. 1986

Изучалось состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных. Оценка гуморального звена иммунитета проводилась определением уровня сывороточных иммуноглобулинов А, М, С по методу Маппи (1965). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) определялись спектрофотометрическим методом Ю.А. Гриневича, А.Н. Алферова (1981).

Оценка клеточного звена иммунитета проводилась путем определения Т-лимфоцитов по методу М. джаа1 е.1 а1 (1972) в модификации А.Н. Чередова с соавт. (1976), а также регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, методом теофиллин зависимого розеткообразования (Л. ЦшаиЪи е1 а1., 1978). Исследование состояния иммунитета проводилось у больных обеих групп до и после курса лечения.

Результаты лечения считались хорошими, когда удавалось ликвидировать жалобы больных и отметить положительную динамику по результатам инструментальных и лабораторных методов исследования: удовлетворительными, когда отмечалось клиническое улучшение, однако, по последним признакам хронического воспаления все еще оставались; неудовлетворительными, если не удавалось добиться существенно клинического улучшения больных и нормализации инструментальных и лабораторных показателей.

Лабораторные анализы выполнены в Центральной клинической лаборатории Республиканской клинической больницы, Республиканском диагностическом центре в иммунологической лаборатории НИИ кардиологии МЗ Кыргызской Республики. Результаты исследования статистически обработаны на ЭВМ КС-100. Стандартную ошибку подсчитывали по формуле Фишера-Стьюдента (В.Ю.Урбах. 1975). Различия считали достоверными при  $P < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

### 1. Влияние минеральных и грязевых источников курорта

#### Ажалал-Абад на клиническую картину ХНП

У больных с различными формами ХНП до лечения были жалобы на ноющие боли в промежности у 72 (68,5%) основной и 35 (87,5%) -контрольной группы, боли в прямой кишке или крестце, иррадиирующие в наружные половые органы - у 64 (60,9%) и у 28(70,0%), дизурические явления - у 68 (64,7%) и у 32 (80,0%) нарушение копулятивной функции - у 41 (39,0%) у 18 (45,0%) пациентов соответственно. Частота и характер жалоб у больных обеих групп существенно не отличались. После проведенного курса лечения характер и частота жалоб значительно изменились в лучшую сторону у больных обеих групп. Однако, эффективность лечения, в ликвидации субъективных признаков заболевания были различными. Так, в контрольной группе у больных с катаральной формой ХП после проведенного общепринятого лечения болевой синдром исчез у 76,0%, при паренхиматозной форме- у 68,0%, при фолликулярной форме-у 52,0%, тогда как у больных основной группы после проведенного курса лечения на курорте болевой синдром исчез у 93% больных с катаральной, у 74% с фолликулярной и у 84% — с паренхиматозной формой ХП. Такая же закономерность наблюдается и по отношению других жалоб.

Таким образом, применение бальнеологических факторов (минеральных и грязевых источников) в сочетании с традиционным способом лечения оказалось более эффективным в ликвидации субъективных признаков ХП по сравнению с больными, принимавшими лишь общепринятую терапию.

У больных обеих групп до лечения при пальпации ПЖ обнаруживались объективные признаки воспалительных изменений, характерные для различных форм заболевания. После проведенного курса лечения отмечалось улучшение объективных признаков у больных обеих групп. При этом у больных контрольной группы при катаральной форме ХП улучшение объективных признаков воспаления происходило на 11—13 сутки, при фолликулярной — на 14—15 сутки, при паренхиматозной — на 12—15 сутки лечения. У больных основной группы улучшение объективных признаков воспаления наблюдалось

быстрее: при катаральной — на 6—7 сутки, при фолликулярной на 12—13 сутки, при паренхиматозной форме — на 10 сутки после санаторно — курортного лечения.

Таким образом, при применении в лечении и реабилитации больных ХП природных (санаторно-курортных) факторов на фоне традиционного лечения происходило более быстрое исчезновение жалоб и объективных признаков воспаления ПЖ.

## 2. Противовоспалительное действие минеральных и грязевых источников курорта Джалал-Абад при ХП

Известно, что нарушение кровообращения ПЖ является основным фактором развития ХП (Н.К.Куренкой и соавт., 1969; М.Д. Джавад—заде, 1979; А-И.Акулович и соавт., 1982; 0-Л.Тиктинский, 1984; И.Ф. Юнда, 1987). Оно присутствует при всех этиологических факторах (переохлаждение, дизритмы половой жизни, травмы, инфицирование и др.). Нарушение ПЖ способствует резкому снижению обменных процессов в ней, что сопровождается нарушением барьерной, секреторной, инкреторной и моторной функций. Нарушение окислительно — восстановительных процессов приводит к угнетению секреторной активности эпителия органа. В результате нарушается процесс обновления в ацинусах секрета, содержащего факторы гуморального и клеточного иммунитета, снижаются его бактерицидные свойства. Кроме того снижение функции эпителия ацинусов ПЖ приводят к нарушению ее инкреторной функции и обуславливает нарушение всей репродуктивной системы.

Курортные факторы могут использоваться как самостоятельный вид лечения (О.О.Бурназ, 1964; В.П.Чернышов и соавт., 1984; Н.Л.Эфендиев и соавт., 1984) или сочетаться с другими, как массаж ПЖ, физиотерапия, лекарственное лечение и т.д. Большинство урологов рекомендует проведение санаторно-курортного лечения в качестве завершающего этапа лечения (В.Н.Журавлев и соавт., 1984; В.П.Чернышов и соавт., 1984; Н.Л.Эфендиев и соавт., 1984; Л.И.Агулянский и соавт., 1986, 1987). Так Н.И.Нестеров (1975) наблюдал положительный эффект при использовании минеральных вод у 87,8% больных, отметив противовоспалительное, болеутоляющее, рассасывающее и сосудорасширяющее действие сероводородных вод, применяемых в виде микроклизм. С успехом применяются в лечении больных ХП также йодобромные воды в виде общих ванн, микроклизм и инстиляции уретры (П.М.Зорин, 1973, АИ.Смирнов, 1973). П-Г.Царфис и соавт. (1975) считают эффективным в лечении больных ХП использование радоновых ванн. При радоновых ваннах основной "радоновый удар" направлен на кожу, в которой образуются вазоактивные вещества, поступающие в кровоток и вызывающие активацию симпатико—адреналовой системы. За счет влияния альфа — излучения на сосудистые рецепторы значительно увеличивается периферический кровоток, что изменяет состояние микроциркуляторного русла, устраняя явления венозного застоя в периферических тканях (АМ.Кузьмин, 1977; Б.Халова, 1977; Е.В. Ковалев, 1990). Установлено, что под влиянием радоновых процедур специфически активируется биосинтетическая функция гонад, продуцирующих тестостерон (Т.Л.Обут и соавт., 1980). Увеличение продукции тестостерона свидетельствует в пользу нормализации обмена в интерстициальной ткани яичка и улучшения деятельности лейдиловых клеток после радоновых процедур. Наиболее значительным курортным фактором в лечении ХП является грязелечение. Положительное влияние грязелечения на течение процессов воспаления было показано в ряде экспериментальных работ (Ю.Н.Филиппов, 1971; В.В.Виноградов и соавт., 1975; Л.Л.Суханова, 1975). в которых' выявлено выраженное десенсибилизирующее действие лечебных грязей и положительное влияние на мак рофагальную реакцию в очаге воспаления. Наиболее эффективным считается применение грязи в виде ректальных тампонов. Наши лечение проводилось на курорте Джалал—Абад в течение 24 календарных дней, куда были включены внутреннее и наружное применение минеральных вод грязевые аппликации, массаж простаты. Все больные получали минеральные ванны с температурой 37°, продолжительностью 12—15 минут (10—12 процедур на курс), грязевые аппликации в виде — "трусов" по 12—15 процедур при температуре 38 — 40° длительностью 15 — 20 минут, ректальные грязевые тампоны 25 — 30 минут по 8—12 сеансов, чередовали с ромашковыми микроклизмами.

Первые 5—8 дней грязелечения у 55 больных наблюдалось обострение воспалительного процесса: усиление боли, утомляемость. После проведенного лечения указанные показатели заметно улучшились. При ультразвуковом сканировании ПЖ обнаруживались признаки, характеризующие различные клинические формы ХП. При катаральной форме отмечалась лишь неоднородность эхоструктуры железы. При фолликулярной форме, наряду с

вышеуказанными, определялись увеличение размеров железы, нечеткость границы, наличие очагов уплотнения. При паренхиматозной форме у большинства больных имелись признаки рубца, наличие очагов склероза. После окончания курса лечения у больных фолликулярной и паренхиматозной формами ХП по данным УЗИ, отмечалось уменьшение размеров железы, границы стали более четким, выявлено уменьшение и размягчение очагов уплотнения. Однако, признаки рубца и очагов склероза после лечения остались, что указывает на необратимость деструктивных процессов.

У больных, принимавших санаторно—курортное лечение, улучшение УЗИ признаков происходило значительно раньше, в среднем на 10—11 суток лечения, чем у больных контрольной группы, у которых улучшение признаков наступило на 15—16 сутки. С целью объективизации диагноза и оценки эффективности проводимого курса лечения всем больным проводились лабораторные исследования.

Микроскопия секрета ПЖ показала, что у 28 больных (70,0%) контрольной группы и у 84 больных (80,0%) основной группы имеется бактериурия от 16 до 100 в поле зрения. После проведенного лечения бактериурия исчезла у 21 (52,5%) больного контрольной группы и у 72 (68,5%) основной группы. Единичное и небольшое количество лецитиновых зерен в поле зрения имелись у 29 больных (72,5%) контрольной и у 68 (64,7%) основной группы больных. После проведенного лечения у 18 больных (45,0%) контрольной группы и у 67% (63,8%) основной группы количество лецитиновых зерен увеличилось в поле зрения.

Таким образом, при применении курортного лечения положительная динамика микроскопической картины секрета в виде уменьшения бактериурии и увеличения лецитиновых зерен наблюдалась у большого количества больных.

Цитологическое исследование секрета простаты показало, что у больных ХП имеет место хламидийная, микоплазменная, трихомонадная, герпетическая и смешанные формы инфекции. Удельный вес каждой инфекции — при различных формах заболевания был различным. После проведенного курса лечения отмечался положительный эффект у больных обеих групп. Однако у больных, принимавших санаторно-курортное лечение, после проведенного курса лечения признаки инфекции полностью исчезали, тогда, как у больных контрольной группы еще оставались. Наряду с этим улучшение цитологической картины после проведенного курса лечения у больных, побывавших на курорте, происходило раньше (на 4±1 сутки) по сравнению с контрольной группой. Изучение содержания бактерий в секрете ПЖ показал, что у 54,0% больных с катаральной, у 15,0% — с фолликулярной и у 18,5% с паренхиматозной формой ХП рост микрофлоры отсутствовал. У остальных больных высевались различные виды стафилококка, кишечная палочка, стрептококк, пневмококк, протей и смешанная флора. После проведенного лечения бактериурия от 5000 и выше в 1 мл секрета исчезла у 13 (32,5%) больных контрольной группы и у 57 (54,2%) больных, получавших санаторно-курортное лечение (грязелечение и минеральная вода). Таким образом, снижение бактериурии наблюдалось у большого количества больных, побывавших на курорте Джалал—Абад.

Как известно, что оплодотворяющая способность мужчин при ХП зависит от биохимического состава эякулята. По нашим данным видно, что при катаральной форме ХП биохимические показатели эякулята (содержание общего белка, фруктозы и лимонной кислоты) были в пределах нормы и после курса лечения . особых изменений не претерпевали. При фолликулярной и паренхиматозных формах наблюдалось снижение содержания общего белка, лимонной кислоты и фруктозы в эякуляте, что свидетельствовало о наличии деструктивных изменений в ПЖ. После проведенного курса лечения отмечалась тенденция к нормализации указанных показателей у больных обеих групп.

Исследование микроскопической картины эякулята показало, что при катаральной форме ХП выраженные изменения в сперматогенезе отсутствуют. У 2/3 больных имелась картина нормозооспермии и 1/3— олигозооспермии I и II степени. После лечения наблюдалась положительная динамика у больных обеих групп.

У больных с фолликулярной и паренхиматозной формами ХП имелись более глубокие изменения эякулята, чем у больных с катаральной формой. У 1/3 больных с фолликулярной формой и 1/4 с паренхиматозной формой ХП имелась нормозооспермия, у остальных — олигозооспермия разных степеней, азооспермия и аспермия. После проведенного курса лечения у больных с контрольной и основной групп отмечалось улучшение качества сперматогенеза. При этом/ Из 74 (70,4%) больных с олигозооспермией, азооспермией и аспермией, получивших санаторно-курортное лечение, нормализация сперматогенеза отмечена у 44 (41,9%), тогда как из 28 (70,0%) больных контрольной группы с указанными изменениями спермограммы, нормализация Сперматогенеза наблюдалась лишь у 7 (17,5%).

Таким образом, улучшение эякулята у большего числа больных ХП свидетельствует об эффективности применения грязевых и минеральных источников курорта Джалал—Абад для восстановления репродуктивной функции больных.

### 3. Влияние грязевых и минеральных источников курорта Ажалал-Абал на состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных ХНП.

Определение соотношения иммуноглобулинов в крови и секрете простаты проводилось у 145 больных, при этом в основном определяли иммуноглобулины трех фракций: 1дА, 1дМ, 1дС. Основное диагностическое значение имели 1дМ и 1дС, так как наличие 1дА в секрете ПЖ может наблюдаться и в норме (табл.2).

Как видно из таблицы 2 концентрация иммуноглобулинов в крови не имеет характерных изменений, в секрете простаты отмечалось увеличение концентрации 1дС по мере утяжеления воспалительного процесса и экскреция 1дМ, что зависело от степени повреждения гистогематических барьеров органа. Исследование показало, что при хроническом катаральном простатите имеет место не сильно выраженный иммунодефицит, который остается после проведения традиционного лечения. у больных с фолликулярной и паренхиматозной формами ХП иммунологические показатели при традиционном способе лечения не изменялись, тогда как у больных основной группы, побывавших на курорте, отмечается тенденция к нормализации.

Уровень ЦИК косвенно свидетельствуют о напряженности гуморального звена иммунного ответа. После проведенного курса лечения отмечается снижение уровня ЦИК у контрольной группы "незначительно, а в основной группе в 2 раза, что свидетельствует о качестве лечения.

Таким образом, у больных с ХП имеет место приобретенный иммунодефицит. При проведении лечения на курорте с помощью грязевых и минеральных источников происходит выраженная иммуностимуляция,



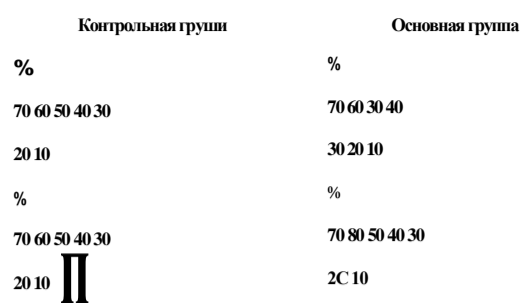


Рис. 1. Непосредственные результаты лечения

хорошие  
удовлетворительные  
неудовлетворительные

Контрольная группа                      Основная группа

Рис. 2. Динамика результатов лечения в отдельный период

Ц непосредственные результаты лечения  
Д результаты лечения в отдаленном периоде

1. Хорошие
2. Удовлетворительные
3. Неудовлетворительные

4—6 месяцев продолжительность безрецидивного периода возросла в среднем до 250х14 Дней (Рис. 3).

Таким образом, под влиянием грязевых и минеральных источников курорта Джалал—Абад в сочетании с традиционным способом лечения значительно повышается эффективность лечения при всех формах ХП, что существенно удлиняет продолжительность безрецидивного периода. Положительное действие грязевых источников и воды "Джалал—Абад", на наш взгляд, связано с его иммуностимулирующим действием, выражающимся в снижении иммуноглобулинов IdM, IdC в секрете простаты, снижением уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови, повышением реактивности организма, улучшением микроциркуляции в тканях, что способствует уменьшению воспалительного процесса, которое подтверждается снижением лейкоцитов и повышением лецитиновых зерен в секрете органа, повышается потенция, восстанавливается трудоспособность.

На основании полученных результатов нами уточнены показания и противопоказания санаторно-курортному лечению больных ХП на курорте Джалал—Абад. Так, противопоказанием к направлению на санаторно-курортное лечение является (наряду с общими противопоказаниями) ХП в стадии обострения.

Таким образом, показан высокая клиническая эффективность бальнеологических факторов в комплексном лечении ХП и реабилитации больных этой патологией.

## ВЫВОДЫ »

1. Несмотря на эффективность современной антибактериальной терапии с применением физиопроцедур и массажа ПЖ не снижается частота ХП у мужчин молодого возраста и отмечается тенденция к увеличению числа деструктивных форм заболевания.

течении всего года, что позволяет рекомендовать их для круглогодичного использования.

3. С целью предупреждения рецидивов ХП рекомендуется проводить больным повторные курсы санаторно-курортного лечения через 4—6 месяцев.

### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Мусуралиев М.С., Садырбеков Н.Ж., Абдыкалыков М.Б. Проблемы репродуктивной функции и частоты бесплодия в Республике Кыргызстан// Актуальные вопросы уроандрологии. — Алматы — 1994 — с. 55—61.

2. Абдыкалыков М.Б. Санаторно — курортное лечение хроническим простатитом.// Актуальные вопросы уроандрологии.—Алматы—1994—с 199-203.

3. Тыналиев М.Т., Абдыкалыков М.Б., Акунов Н.Ж. Ильясов К.И., Таиров М.М. Диагностика и лечение хламидийного простатита. // Актуальные вопросы медицинской диагностики. Материалы I — й научно-практической конференции, посвященной 5—летию РДЦ.-Бишкек—1995—с. 197 - 200.

4. Абдыкалыков М.Б., Садырбеков Н.Ж., Акунов Н.Ж. Роль санаторно-курортных факторов-Ркурорта Джалал—Абад в комплексном лечении больных хроническим простатитом.// Актуальные вопросы современной медицины.-Бишкек- 1995-с. 8-9.

5. Абдыкалыков М.Б., Садырбеков Н.Ж. Бесплодие у мужчин. // Актуальные вопросы современной медицины.— Бишкек — 1995—с. 112—113

6. Тыналиев М.Т., Абдыкалыков М.Б., Абдасулов А.Д. Лазерная терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний мочевой системы.//

Рис. 3. Продолжительность безрецидивного периода

у больных контрольной группы у больных  
основной группы  
после повторного санитарно — курортного  
лечения

2. Природные бальнеологические факторы (грязевые минеральные источники) курорта Джалал—Абад обладают противовоспалительным действием

при ХП, которое способствует нормализации клинической картины и лабораторных показателей у больных.

3. Грязевые минеральный источники курорта обладают иммуностимулирующим действием, что позволяет снизить лекарственную нагрузку, избежать различные аллергические реакции и повышать клиническую эффективность лечения ХП.

4. Использование бальнеологических лечебных факторов курорта в комплексном лечении ХП способствует восстановлению копулятивной и репродуктивной функции у больных и увеличению безрецидивного периода.

5. Уточнение показаний и противопоказаний санаторно-курортного лечения ХП позволяет расширить возможности его широкого практического круглогодичного использования.

### Практические рекомендации.

1. Клиническое применение бальнеологических факторов курорта Джалал—Абад необходимо рассматривать как восстановительный метод лечения больных различными формами ХП в не обострении.

2. Основными лечебными средствами на курорте являются грязевые и минеральные источники, высокая биологическая активность сохраняется в

Материалы II — ой научно — практической конференции ГКБ № 1 - Бишкек - 1995 - с. 15

7. Тыналиев М.Т., Абдыкалыков М.Б., Абдасулов А.Д. Роль лазерной терапии при хроническом простатите.// Новое в лазерном медицине.— Бишкек-1995-с. 122-125

8. Абдыкалыков М.Б. Бальнеологические факторы при лечении больных хроническим простатитом.// Здоровоохранение Кыргызстана. —1996—N8 1 с.15-17

I